

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

594

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques MAZEL

Né le 22 août 1911, à Paris

Sur un cas
d'Ulcère de la 2^{me} Portion
du Duodénum

Président : M. LOEPER, Professeur

LOEPER LIBRARY

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, RUE RACINE, 15

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques MAZEL

Né le 22 août 1911, à Paris

Sur un cas
d'Ulcère de la 2^{me} Portion
du Duodénum

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1940

LE DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER.. Chimie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA..... Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.)... Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN..... Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER...	
CHEVALLIER		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
LAROCHE (G.) ...		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		FEY	
SÉZARY			

MM.

ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
METZGER.....	
PORTES.....	
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE LE DOCTEUR F. MAZEL

(in memoriam)

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

PROFESSEURS LABBÉ
DEL BET
MONDOR
TROISIER
TIXIER
GUILLAIN
CHIRIÉ
LEMIERRE
TOURAINÉ
HEITZ-BOYER
CLAUDE
LEMAITRE
TERRIEN

AU DOCTEUR DERON

Assistant à l'Hôpital Bichat

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a permis de recueillir cette obser-
vation dans ses dossiers.*

*En temoignage de notre profonde grati-
tude.*

AU PROFESSEUR LOEPER

Médecin à l'Hôpital Saint-Antoine
Professeur de Clinique Médicale

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur de présider notre thèse.*

*En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance.*

AU DOCTEUR FAROY

Médecin des Hôpitaux

En hommage très respectueux.

AU DOCTEUR J. VIGOUROUX

En témoignage de notre vive affection.

AU DOCTEUR BABIN

Radiologue de l'Hôpital d'Arpajon



Sur un cas d'Ulcère de la 2^{me} Portion du Duodénum

I

HISTORIQUE

Bien que notre observation expose un cas d'ulcère de la 2^e portion du duodénum, il nous a paru intéressant de relater brièvement l'évolution des recherches sur la « maladie ulcéreuse ».

Celle-ci a dans son ensemble été entièrement remaniée et renouvelée depuis 1920 et, notamment depuis les travaux de Guthmann.

Auparavant, les descriptions s'appuyaient surtout sur quelques faits cliniques, sur l'hyperchlorhydrie et sur les constatations d'autopsie faites notamment par A. Mathieu et Fr. Moutiers.

Actuellement, les progrès de la Chirurgie et de la Radiologie ont permis de clarifier notablement la question et si la pathogénie est restée encore à l'heure actuelle assez obscure, l'anatomo-pathologie, la clinique de l'ulcère sont par contre bien connues.

Cette succession de travaux importants a permis d'abord de différencier les ulcères proprement dits des affections encore imprécises qualifiées de « Gastrites » et « Dyspepsies ». Ensuite de classer les ulcères en ulcère gastrique, ulcère pylorique, ulcère duodéal. Enfin Gutman, reprenant la question, tend à ne plus différencier les ulcères pyloriques du versant gastrique et du versant duodéal, mais admet seulement un ulcère gastrique et un ulcère duodéal, différents dans leur évolution et dans leur pronostic, notamment au point de vue transformation néoplasique. Et il ajoute « on voit des ulcères duodénaux s'accompagner ou non de réaction pylorique, *quelle que soit leur localisation*, ce sont des variétés symptomatiques et non des espèces cliniques différentes ».

*
* *

D'abord centrée sur l'étude des ulcus gastriques, si bien décrits en France par Cruveillier, les recherches se sont ensuite activement portées vers la clinique de l'ulcère duodéal vrai. Et c'est Bucquoy, le premier en France, qui a décrit, en 1885, un ulcère duodéal sans réaction pylorique. Mais auparavant, on doit rendre justice à certains travaux étrangers qui, sur ce chapitre, devancèrent les recherches des auteurs français.

On doit citer d'abord Abercrombie qui, en 1929, décrit dans ses *Recherches pathologiques et pratiques sur les maladies de l'estomac*, les particularités capitales de

l'ulcère du duodénum QUEL QUE SOIT SON SIÈGE :
« Conservation de l'appétit, début de digestion normale, douleurs tardives en direction du rein droit ». Son ouvrage reste peu connu, ainsi que la monographie de Frier (Copenhague) sur l' « Ulcer corrosivum duodeni », parue en 1863, et il faut attendre l'article de Bucquoy où il cite 5 cas d'ulcères duodénaux diagnostiqués cliniquement par lui, pour que le syndrome duodénal prenne place dans la clinique médicale.

Dans cet article, Bucquoy citait, pour la première fois semble-t-il, 3 cas d'ulcères de la 2^e portion du duodénum. « Les seuls exemples que j'en ai trouvés sont un cas de perforation, publié par Robinson et le cas présenté à la Société Anatomique, par Castiaux, d'une large ulcération de cette 2^e portion située du côté opposé à l'ampoule de Vater », et plus avant dans son article « Le Musée de Guy's hospital conserve un cas d'ulcération de la 2^e portion du duodénum qui avait détruit les parois et laissé à nu le pancréas ».

Tels sont les 3 seuls cas connus en 1885, si l'on en excepte une observation anatomique de Jocopo Pennada en 1793. « *A quatre travers de doigt au-dessous du pylore* il se présente à nos yeux un trou bien singulier, oval. Le bord externe de cette fissure était d'une épaisseur considérable. » Un dessin à l'appui montre une perforation semblant siéger sur la 2^e portion du duodénum.



Décrit comme une rareté par ses premiers auteurs, l'ulcère duodénal se révèle au contraire comme très fréquent, à la suite des travaux modernes anglo-américains. Mais Weir, les frères Mayo, Mayo-Robson, B. Moynihan ne s'écartent pas seulement de Bucquoy au sujet de la fréquence de cet ulcère, mais s'en écartent aussi sur la clinique, car ils admettent que ce siège donne un syndrome pylorique. Ces notions sont discutées en France par Mathieu et ses élèves, surtout au Congrès de Chirurgie de 1910, par Houdard, dans sa thèse en 1913, qui tous admettent le bien-fondé des travaux américains.

Depuis lors, Akerlund en Amérique, Georg, Kase et Léonard en Suède, Duval, Gosset en France, identifient l'ulcère du bulbe duodénal et le différencient des ulcères duodénaux vrais, sans réaction pylorique, très rares.

Cependant Gutmann, en 1934, s'élève contre une telle schématisation, et, revenant aux idées de Bucquoy, décrit l'ulcère duodénal vrai, qu'il soit sur le bulbe ou sur la deuxième portion du duodénum ; ce dernier siège pouvant avoir, en outre, quelques singularités cliniques que nous étudierons dans la symptomatologie.

Auparavant, la thérapeutique des ulcères avait été étudiée, en 1928, par Delore et Okinczyc, et depuis, divers chirurgiens, Gosset, Grégoire, Bergeret, Cunéo-

Oberthur, Judd publièrent des observations d'ordre opératoire.

*
* *

Durant la période 1920-1940, où l'étude de l'ulcère du duodénum est si activement poussée, un certain nombre de médecins publient des cas d'ulcères de la 2^e portion, mais tous admettent la grande rareté de ce siège. Delagenière, en 1910, cite une douzaine de cas, Mathieu en publie un.

Puis, à partir de 1920, les observations se multiplient. Akerlund publie 1 ou 2 cas cliniques et Thévenard 1 ou 2 cas radiologiques. Parturier et Aymar, à la Société médicale des Hôpitaux, en citent 18 cas sur lesquels d'ailleurs ils ne donnent pratiquement pas d'observations ni de comptes rendus radiologiques ou opératoires. En 1922, Enriquez et Durand, au XVI^e Congrès de Médecine, citent 3 cas d'ulcères siégeant entre la première et deuxième portion et 1 cas sur la deuxième portion. A ce même Congrès, Saloz, Cramer et Moppert relatent un cas et Charle de Luna (Marseille) y publie 4 cas.

En 1931, Gandy cite deux ulcères siégeant entre la 1^{re} et la 2^e portion, il en est de même de Wilmoth. Gutmann, dans son livre sur les « Syndromes douloureux de la région épigastrique » publie quelques clichés d'ulcères de la 2^e portion, enfin, en 1937, Garin et Bernay observent 3 cas d'ulcères siégeant sur des duodénums déformés en M.

On voit donc que depuis quelques années le nombre

des observations publiées a augmenté, mais le total ne dépasse pas, à l'heure actuelle, quelques dizaines de cas ; cela montre la relative rareté de ce siège et cela nous a incité à relater un cas récent observé dans le Service du Dr Faroy.

II

OBSERVATION

M. M..., âgé de 34 ans, vient consulter le 21 novembre 1939 pour un syndrome douloureux épigastrique.

A l'interrogatoire le malade dit souffrir de douleurs, tantôt tardives pour les repas plus copieux, environ 5 h. après les repas, tantôt pour les autres semi-tardives, 3 à 4 heures après la prise d'aliments. Ces douleurs diurnes et nocturnes sont de caractère transfixiant, en broche, avec des sensations de constriction en étau de la base du thorax et quelques palpitations d'ailleurs inconstantes.

L'évolution est typiquement cyclique, le début remontant à 12 ans et depuis lors l'affection évoluant par périodes douloureuses de 2 à 3 semaines avec des rémissions complètes de 5 mois environ, du moins au début de la maladie car, par la suite, ces rémissions tendent à se raccourcir, et, à l'époque où le malade est vu, les périodes d'accalmie ne sont plus que de 2 à 3 mois les crises douloureuses n'étant, par ailleurs, pas augmentées dans leur durée.

Ces douleurs sont presque immédiatement calmées par la réalimentation ébauchant ainsi le « rythme à trois temps » de Moynihan.

La constipation est habituelle et sans renforcement au moment des crises. De même l'appétit variable ne subit

pas d'augmentation nette en période douloureuse. Seul un léger amaigrissement peut être noté à ce moment.

Enfin, à l'époque où le malade est examiné sont apparues quelques nausées, quelques étourdissements en périodes



CALQUE I.

digestives et par l'interrogatoire on met en évidence un léger subictère des conjonctives, variable dans son intensité et inconstant dans sa survenue.

A l'examen on trouve un estomac petit, des côlons bourrés et une sensibilité nette de tout le cadre colique. La douleur s'exacerbe à la palpation du carrefour sous-hépatique mais il n'est pas retrouvé de signe de Murphy.

On se trouve donc en présence d'un syndrome ulcéreux typique, l'horaire plutôt tardif des douleurs, le léger subic-



CALQUE II.

tère pouvant seuls inciter à rechercher radiographiquement l'ulcère sur le duodénum.

A la radiographie faite le 24 novembre 1939, on trouve un estomac allongé, non ptosé, affectant une forme en L



CALQUE III.

majuscule, tonique, hyperkinétique sans aucune lésion pariétale suspecte. De même le bulbe duodénal apparaît sans image anormale de ses contours mais on peut noter



CALQUE IV.



CALQUE V.

l'existence au-dessus du bulbe d'un renflement qui paraît indépendant de l'antra auquel il est en partie superposé (calque I). Les radiographies en séries faites ce même jour ne montrent pas d'images ulcéreuses bulbaires et le deuxième duodénum masqué par l'antra est peu apparent. Mais certains clichés donnent l'impression soit d'un récessus droit augmenté du volume, soit même d'un diverticule duodénal d'autant plus que sur un autre cliché cette image apparaît indépendante du bulbe (calques II et III).

Cependant rien n'autorise à porter le diagnostic d'ulcère d'autant plus que les examens de laboratoire (recherches du sang dans les selles par méthode de Weber) se montrent négatifs.

Le malade continuant à souffrir, de nouvelles radiographies en série sont refaites le 31 décembre 1939 montrant un estomac toujours fortement hyperkinétique, un bulbe duodénal sans déformation ulcéreuse et on ne retrouve plus l'image en apparence diverticulaire qui avait attiré l'attention précédemment (calque IV). Mais en dégageant en oblique le cadre duodénal de l'antra et de la colonne vertébrale on voit apparaître sur le cliché à l'endroit répondant à la fausse image du recessus une image de niche vue de face située sur la 2^e portion du duodénum avec renflement de celui-ci à son niveau contrastant avec un léger rétrécissement en aval (calque V).

Devant ce diagnostic positif et les craintes que l'on pouvait avoir d'une perforation, le malade continuant à souffrir malgré le traitement, les examens ne sont pas poursuivis et le malade est opéré dans le Service du D^r Hartmann où est pratiquée une gastro-entérostomie.

III

SYMPTOMES

Si l'étude de l'ulcère duodénal a fait de gros progrès ces dernières années, et s'il est possible de soupçonner aujourd'hui un ulcère du bulbe, ou même, dans certains cas typiques un ulcère de la deuxième portion, le diagnostic ne sera cependant réellement posé que par la radiographie et notamment les clichés en série.

L'ulcère du 2^e duodénum a une symptomatologie qui, naturellement, l'apparente dans ses grands traits à la clinique de tous les ulcères, mais certains de ses détails la différencient des autres.

Bucquoy, décrivant son ulcère du duodénum, avait insisté sur les signes principaux : le melæna, l'absence de points xiphoïdiens, la conservation de l'appétit, les douleurs 2 ou 3 heures après l'ingestion des aliments.

Dans ce syndrome, les douleurs sont en général le premier signe qui amène à consulter.

Ces douleurs ne sont d'abord que des troubles dyspeptiques plus ou moins masqués augmentant en période digestive et restant longtemps banaux. Mais

on ne doit pas oublier que dans certains cas (et même assez souvent selon Gutmann), la maladie ulcéreuse débute brusquement par une crise typique et même parfois alarmante. Nous n'insisterons pas ici sur le début par une complication : hémorragie importante, perforation.

Ce sont classiquement des douleurs régulières ayant lieu tous les jours pendant 2 à 3 semaines. « Au cours de la journée, l'horaire de la douleur est à peu près fixe pour un même malade et pour des repas de même abondance..., mais l'horaire absolu, c'est-à-dire l'horaire comparé des douleurs chez plusieurs malades, est beaucoup moins fixe (Gutmann) ».

Ce sont des douleurs tardives survenant 4 à 6 heures après les repas, réveillant le malade dans la nuit, allant en augmentant jusqu'au repas suivant, calmées par l'alimentation, ce qui les a fait appeler par certain (Moynihan), sensation de « faim douloureuse » (Hunger pain). Les phases successives : repas, bien-être, douleurs forment le « rythme à 3 temps » de Moynihan (cependant nous devons noter l'opinion de MM. Saloz, Cramer et Moppert suivant laquelle la douleur surviendrait dès la 2^e-3^e heure). D'ailleurs dans bien des cas, l'horaire des douleurs n'est pas net et Gutmann a pu écrire : « On a donné comme signe spécial à l'ulcus duodénal la plus grande fréquence des crises nocturnes par rapport aux autres localisations ulcéreuses, il ne nous semble pas qu'on puisse s'appuyer sur cette constatation », et c'est la même opinion que nous

retrouvons dans un article de Enriquez (Congrès Médical).

Seule, la durée de la douleur persistant jusqu'à ce que le malade ait mangé serait un signe présomptif.

Ces douleurs n'ont pas en général de caractères spéciaux, elles évoquent des sensations de striction, transfixion, douleurs en broche. Par contre, le siège de ces douleurs est plus intéressant à rechercher. Ces douleurs siègent, en effet, à droite, surtout au carrefour sous-hépatique, para-ombilical, et dans l'hypocondre. « La douleur est en général circonscrite à la région duodénale mais dans un grand nombre de cas, le malade rapporte la douleur à l'hypocondre droit » (Bucquoy, *Arch. Gén. de la médecine*, 1887), on a même pensé décrire un point clinique duodénal, à 3 travers de doigts à droite de la ligne médiane, la limite supérieure étant à la 8^e côte en avant, la limite inférieure à la hauteur de l'ombilic. Pour le trouver, on tracerait une ligne allant de l'ombilic à l'extrémité de la X^e côte, le point étant à 5 cm. environ de la ligne médiane. Le duodénum affectant un type angulaire ou un type annulaire, la zone accessible à la palpation dans ce dernier type est très réduite (Parturier et Aymard). En réalité, le siège est variable à droite et dans certains cas, la douleur peut être très bas située et simuler une douleur appendiculaire (thèse de Leclerc), quoi qu'il en soit la douleur la plus fréquente prédomine à tout le carrefour sous-hépatique, et pour la différencier d'une douleur cholécystique il faudra rechercher le signe de Murphy (douleur à l'inspiration

profonde), celui-ci étant en principe négatif dans les douleurs ulcéreuses.

Enfin, d'après Bajat, si la douleur maxima de la 2^e portion du duodénum peut être en un point bien localisée, elle peut dans bien des cas s'échelonner « en plusieurs points sur une verticale ».

Quant aux irradiations, chacun reconnaît qu'il n'y a pas de points xiphoïdiens ni dorsaux. Par contre, si Bucquoy nie la présence de points lombaires, Schmidt en retrouve en certains cas au niveau des deux premières vertèbres lombaires, signe qu'il reconnaît lui-même sans grande valeur. Dans les 4 cas publiés par Ch. de Luna, 3 auraient eu des douleurs au niveau de L². Un point douloureux serait plus important à rechercher c'est le point cervical gauche : une pression forte au-dessus de la clavicule entre les deux chefs sternal et claviculaire du sterno-mastoïdien le mettrait en évidence. « Il s'agit en somme, d'un signe de présomption ou d'orientation qui a une valeur indicative réelle et apporte un appoint non négligeable à la discussion » (Cade et Parturier). Les cholangites donnant en général un point phrénique cervical droit.

Enfin, nous avons déjà vu que ces douleurs étaient constantes pour un même malade, revenant aux mêmes heures, possédant une période fixe et disparaissant complètement pendant un laps de temps plus ou moins long, mais en général fixe lui aussi.

En dehors de ces douleurs qui sont de beaucoup les signes cliniques les plus nets, on peut noter par-

fois des réactions pyloriques avec vomissements (qui seraient plus muqueux dans les ulcères gastriques d'après Codman). Ch. de Luna, de Marseille, a pu publier 4 cas d'ulcères du 2^e duodénum où existait un retentissement pylorique net, l'un d'entre eux avait même un spasme pylorique avec un léger retard à l'évacuation.

Dans un autre cas, publié par Cade (ulcère du 2^e duodénum opéré par Delore), le pylore était nettement dévié vers la droite.

Bucquoy a insisté sur la relative fréquence des hématomèses de sang noir « phénomène de nature à frapper les malades beaucoup plus que les selles noires qui pourront passer inaperçues ».

Cependant si les vomissements et réactions pyloriques peuvent se voir dans l'ulcère de la 2^e portion, il est évident qu'ils y surviennent moins fréquemment que dans les autres ulcères.

Enfin, nous citerons quelques petits signes de l'ulcère duodénal sur lesquels certains auteurs se sont parfois arrêtés : conservation de l'appétit. « Je remarque que, malgré des troubles dyspeptiques souvent assez graves, le malade mange toujours avec appétit. » « La conservation de l'appétit est une circonstance sur laquelle je ne saurai trop insister » (Bucquoy). Ce signe n'a qu'une valeur très relative car il se rencontre dans nombre de formes ulcéreuses.

Un second signe, celui-là plus important, est la fréquence du subictère dans les ulcères de la 2^e por-

tion. Mais on le rencontre fréquemment aussi dans les ulcus du bulbe, comme l'indique Bucquoy : « L'ictère est souvent noté parmi les symptômes de l'ulcère simple du duodénum. Si l'ulcère siégeait sur la 2^e portion du duodénum, on comprendrait qu'il y eût là une cause permanente d'ictère. » Cependant ce signe doit être noté comme un des signes de diagnostic assez important en faveur de l'ulcère de la 2^e portion.

A ces symptômes cliniques s'ajoutent les recherches de laboratoire, les examens de radiologie. Depuis toujours on a constaté l'hyperacidité du liquide gastrique dans la maladie ulcéreuse à lésion parapylo-rique et ce n'est que par des examens portant sur de nombreux malades que l'on s'est aperçu de l'inconstance, rare d'ailleurs, de ce signe. Dans l'ulcère du duodénum et spécialement de la 2^e portion on note des hyperchlorhydries les plus élevées, plus élevées même que dans les ulcères gastriques. Quant au tubage duodénal, il peut ramener un suc acide où l'on peut relever parfois la présence de sang.

Un examen important à pratiquer est la recherche du sang dans les selles. Mais il ne faut pas s'attendre à trouver des Weber constamment positifs, car l'ulcère ne saigne que d'une manière intermittente. Même en période de crise « le signe négatif fourni par 3 ou 4 examens en série continue, ou à plusieurs reprises n'a aucune valeur contre l'existence de l'ulcère » (Enriquez et Gaston-Durand). Nous pouvons rappeler que dans notre observation, les examens s'étaient

montrés à 3 reprises négatifs et cela en pleine crise. Nous sommes donc ici en contradiction avec Bucquoy qui en faisait un signe constant. De même, Parturier et Aymard notent la constance du melæna dans leurs 4 observations publiées (sur 18 cas). Cependant nous pouvons dire avec Bucquoy : « Quand ce symptôme existe (melæna), il a autant de valeur que la gastrorragie pour l'ulcère simple de l'estomac. » « Les enterorragies de l'ulcère duodénal sont souvent très abondantes, quelquefois elles sont la cause de mort prochaine. » « Ces accidents hémorragiques ont pour effets immédiats de déterminer une anémie profonde et cette pâleur du malade est un signe important. » Il faudra donc toujours rechercher le melæna par les méthodes diverses. Le Weber pouvant se trouver en défaut, la recherche la plus simple serait la recherche de la deutéroporphyrine par la méthode de Boas.

Enfin, un dernier signe peut être recherché comme corrélatif des autres signes : la polyglobulie, en général nette alors qu'on s'attendrait à une hypoglobulie (Sacco, A. Guy).

Mais les signes les plus importants sont fournis par l'examen radioscopique et surtout les radiographies en série. Ces examens doivent de préférence être faits en période d'activité, mais en dehors des hémorragies quand elles existent, pratiqués soit en station verticale pour Duval, Beclère, soit en station ventrale pour Ledoux-Lebard. Ils mettront en évidence un aspect typique radiologique. La niche peut être nette, se présentant sous forme d'une déformation constante

du contenu duodénal, mais plus typiquement elle se présente de face, douloureuse à la pression, pouvant rester remplie lorsque le duodénum se vide. Elle peut même parfois prendre en position debout le type de la niche de Handeck avec niveau et bulle d'air (Gutmann).

Au-dessus et au-dessous de l'ulcus le 2^e duodénum présente des modifications de calibre qui le transforment en un fin canal (Gutmann). Pour Viviani, cette modification serait d'ailleurs purement spasmodique et fonctionnelle, car elle varie de forme suivant les examens successifs.

La lumière duodénale est étroite et modifiée. Les plis ont disparu traduisant un processus œdémateux ou inflammatoire. Enfin, on peut voir un spasme temporaire sur la paroi opposée à la niche. Au-dessous de la portion ulcéreuse on constate souvent aussi une dilatation atonique. Ces données de Gutmann sont en entière corrélation avec celles de Bignani et celles de Wolke (*Acta radiologica*). D'après Bignani le diagnostic par la radiologie des ulcères extra-bulbaires atteindrait 8 % des ulcères duodénaux. Les ulcères de la 2^e portion seraient donc en réalité plus fréquents qu'il ne le semblait jusqu'ici. Cette opinion est corroborée par celle de Viviani, « l'ulcus extra-bulbaire n'est nullement une rareté ».

Quant à l'évolution de l'ulcère dans l'examen radiologique nous avons déjà vu qu'il fallait le pratiquer au moment des crises ; en effet, dit Gutmann, « au cours de l'ulcère duodénal dans les formes ulcéro-

œdémateuses le diagnostic est impossible après les poussées ; dans les formes scléro-œdémateuses, surtout quand l'élément cicatriciel devient important, le diagnostic reste toujours possible, mais il est difficile de savoir si la déformation appartient à un ulcère actif ou éteint ».

Pour Parturier et Aymard, un autre signe indirect serait important : l'hyperkinésie gastrique avec évacuation rapide de l'estomac, signe que les auteurs auraient remarqué dans presque tous les 18 cas relatés par eux. Mais ils croyaient alors que ce signe prendrait une valeur encore plus grande par sa coexistence avec une ptose (celle-ci étant en général atone). En effet, dans les 4 observations rapportées outre les douleurs variables et le melæna constant on trouve un estomac hypertonique à évacuation rapide. Ces mêmes auteurs insistent aussi sur la valeur décisive de la tache résiduelle après évacuation d'accord sur ce signe avec Gutmann qui cependant n'y insiste pas.

Parturier et Aymard ont constaté 14 ptoses gastriques et 9 ptoses duodénales sur les 18 cas qu'ils rapportent d'ulcus duodénal de cette portion. Cependant il ne faudrait pas non plus se fier sur une évacuation lente de l'estomac pour certifier qu'il n'y a pas d'ulcère du duodénum. Cade publie un cas d'ulcères du 2^e duodénum où à la radio, le pylore apparaissant dévié à droite, fixé dans la région sous-hépatique et, où l'estomac s'évacuait lentement.

Une autre constatation pourra attirer l'attention : c'est la stase duodénale souvent due à une sténose

duodénale par cicatrisation de l'ulcère. D'ailleurs, la stase duodénale chez les ulcéreux peut être provoquée par un tout autre mécanisme : trouble mécanique créant une difficulté du passage dans l'organe d'où stagnation du repas opaque. Del Valle et Donovan ainsi qu'Arrizabalaga ont insisté sur ces faits. Dans 50 % des cas il y aurait une stase duodénale insoupçonnée cliniquement. Gutmann appuie cette affirmation ainsi que Hurst, Ryle, Johns.

Enfin, certaines malformations duodénales semblent avoir une action favorisante sur le développement de l'ulcus. Ch. Garin et P. Bernay citent 3 ulcères de la 2^e portion siégeant sur des duodénums en M. Dans le 1^{er} cas, il s'agit d'un homme âgé de 56 ans, chez lequel survient une hématomatose tous les ans, en décembre, suivie de melæna. A la radio, on découvre un duodénum en M avec une double niche à la pointe de M. A l'intervention on trouve un ulcère calleux à 3 cm. en aval du bulbe. Dans le 2^e cas, un jeune homme (25 ans) souffre de temps à autre de crises douloureuses sans lendemain. A la radio : duodénum en M avec une niche à la pointe de M. Dans son compte rendu, Garin écrit que les 3 cas sont caractérisés par une atténuation des phénomènes douloureux et insiste sur la fréquence de l'ulcère dans les malformations duodénales.

Ainsi, si l'on résume le tableau clinique d'un ulcère de la 2^e portion du duodénum sans complications, on doit insister sur les douleurs souvent peu marquées, d'horaire tardif, de siège para-ombilical droit

ou sous-hépatique avec quelquefois des irradiations vers l'épaule gauche, sur le subictère même léger, sur la présence d'hyperchlorhydrie élevée, de mælæna, avec polycythémie, et enfin, sur la stase duodénale, les malformations duodénales, qui incitent à rechercher la niche classique.

IV

FORMES CLINIQUES

Mais fréquemment, l'ulcère de la 2^e portion va prendre des allures cliniques camouflées pouvant être à la source de beaucoup d'erreurs de diagnostic. On a signalé une forme ictérique, une forme intestinale, une forme pancréatique, une forme vésiculaire.

La forme ictérique. — Parfois, c'est une découverte d'autopsie : un malade, dont on ignore complètement les antécédents, fait brusquement un ictère, a d'importantes hémorragies et meurt ; à l'autopsie on trouve un ulcère duodénal avec une périviscérite enserrant le cholédoque. Plus souvent on se trouve en face d'une symptomatologie mixte ; à l'évolution des douleurs déjà décrites vient s'ajouter peu à peu un ictère franc fébrile. Dans d'autres cas l'ictère apparaîtra brusquement au cours d'une poussée ulcéreuse typique reconnue. Cet ictère est dû en général à une péricholécystite englobant plus ou moins les canaux évacuateurs de la bile. Mais on a pu le voir survenir par pancréatite ou par blocage du cholédoque (par spasme

ou par œdème). Enfin, le contact direct de l'ulcère avec l'ampoule de Vater pourrait amener un ictère par réaction inflammatoire.

La forme intestinale. — Où il est noté seulement des spasmes coliques, de la constipation avec débâcle ou une diarrhée habituelle. Ces signes qui peuvent d'ailleurs coexister avec des signes hépatiques nets tendent à orienter le diagnostic vers une insuffisance hépatique. Dans d'autres cas, des signes de pancréatites pourront être la cause d'autres erreurs.

La forme pancréatique. — Des symptômes divers peuvent attirer fréquemment l'attention sur le pancréas : un ictère plus ou moins marqué associé à des douleurs vives à localisation médiane évoluant par crises, de l'amaigrissement, parfois des matières abondantes et grasses indiquant des troubles de la digestion des graisses. R. Gaultier a signalé aussi la présence d'indican et de trace d'urobiline dans les urines.

La forme vésiculaire. — Parturier et Aymard ont décrit quelques observations où l'ulcère du 2^e duodénum avait une symptomatologie essentiellement vésiculaire. Troubles digestifs, avec boulimie, douleurs sous-hépatiques mais, d'après eux, signes importants non influencés par l'inspiration, un point douloureux duodénal, un point douloureux cervical gauche contrastait avec le point cervical droit que l'on pouvait s'attendre à trouver ou qui coexistait avec lui. Enfin,

dernier petit signe distinctif la douleur était améliorée par la belladone alors que les douleurs du carrefour sous-hépatique sont améliorées par l'opium.

On peut voir par toutes ces formes cliniques combien l'ulcère de la 2^e portion a un tableau clinique polymorphe.

De plus, il est très rare, au moins après une évolution d'une certaine durée, que tout se borne à une évolution périodique typique. Très souvent, la séméiologie est altérée au cours des périodes douloureuses, la fréquence des nausées, l'absence d'irradiation des douleurs, un point douloureux épigastrique, un point phrénique cervical double et parfois même prédominant à droite ou plus rarement exclusivement droit, la sensibilité à la pression de tout le carrefour, un léger subictère des conjonctives orienterait plutôt l'attention vers les voies biliaires. D'autant plus que dans ces cas les rémissions ne paraissent plus complètes, des nausées persistent, des malaises gastriques permanents de pesanteur, de dyspepsie, de troubles coliques tendent à créer un tableau où la périodicité s'estompe. Dans tous ces cas il faut fouiller les antécédents du malade, et on pourra souvent retrouver au début lointain des accidents, quelques périodes nettes et pures à reproduction espacées et séparées par des intervalles de plusieurs mois à une année.

Ainsi on comprend que devant un diagnostic souvent incertain, seule la découverte de la niche à la radiographie a une valeur absolue.

COMPLICATIONS

Nous n'avons pas jusqu'ici parlé des complications cependant si fréquentes de cet ulcère, si fréquentes que Saloz, Cramer et Popper ont pu établir la statistique suivante : *Complication des ulcères du duodénum.*

Hématémèse.....	11 %
Melæna	53 %
Perforation.....	34 %

Ainsi un ulcère du duodénum sur trois se perfore et l'on sait la redoutable gravité de cet accident. Déjà Bucquoy l'avait remarqué, « la terminaison par la perforation est la plus commune ».

Nous allons passer en revue très rapidement les différentes complications qui, dans leurs signes cliniques, sont à peu près identiques à celles des autres ulcères et par conséquent bien connues.

Les hémorragies. — Nous avons déjà vu combien le melæna était fréquent dans l'ulcère de la 2^e portion. Mais les hémorragies peuvent être suffisamment importantes pour avoir comme « effet immédiat de déterminer une anémie profonde ». Cette pâleur du malade

est un signe important, en plus des vertiges, défaillance, petitesse du pouls, sueurs froides, syncopes mêmes » (Bucquoy).

Ces hémorragies si importantes peuvent survenir brusquement sans que l'interrogatoire retrouve d'antécédents. Ch. Garnier et P. Bernay pensent que « les ulcères loin du bulbe sont volontiers silencieux jusqu'à l'accident hémorragique ». Par la suite même, les douleurs peuvent être très atténuées et ce fait avait déjà été noté par Bajot : « Les ulcus qui saignent le plus sont les moins douloureux. »

D'après Tixiel et Clavel (de Lyon), ces hémorragies seraient dues soit à une érosion vasculaire, soit à de la stase, soit à une duodénite. Les hémorragies par érosions vasculaires sont peu fréquentes, mais ce sont les plus graves et c'est ce qui fait leur intérêt. Les artères les plus souvent atteintes sont l'artère gastroduodénale, l'artère pancréatico-duodénale et surtout leurs branches. Ces érosions vasculaires sembleraient être liées à un processus infectieux altérant progressivement les parois vasculaires.

Par contre, les hémorragies par duodénite réalisent des hémorragies angio-muqueuses souvent à distance de l'ulcère ; c'est la muqueuse duodénale en partie ou en entier qui saigne présentant un aspect congestif rouge veineux avec parfois un piqueté hémorragique et des exulcérations microscopiques, ces lésions donnent d'ailleurs des hémorragies peu abondantes.

Le pronostic dépend beaucoup plus du temps qui sépare deux hémorragies que de l'abondance de

L'hémorragie elle-même. Il est rare qu'une hémorragie soit suffisamment abondante pour entraîner la mort, mais qu'une seconde hémorragie survienne assez rapidement pour que le malade n'ait pu se remonter et le pronostic devient très sombre. La phase critique dangereuse est le 3^e jour de la deuxième hémorragie.

Quand malgré le traitement rationnel l'état général ne se relève pas, le taux des globules restant bas, il faudra penser à une persistance occulte de l'hémorragie ; le pronostic en est aggravé, mais là encore la résistance de l'individu est très variable.

Parmi les formes cliniques de l'hémorragie, nous citerons une forme décrite par Gutmann débutant par une syncope avec une crise douloureuse abdominale, le melæna s'extériorisant secondairement.

Les perforations. — Ces perforations se font presque toujours en péritoine libre au contraire des perforations de l'ulcère gastrique. C'est la plus grave et une des plus fréquentes complications de l'ulcère duodénal, quel que soit son siège. La plus grande fréquence a lieu entre 20 et 40 ans, c'est un accident des ulcères jeune, en activité. On les voit avant tout chez le sexe masculin et Judine donnerait 99 % de cas chez l'homme.

Là encore, l'infection serait une des causes sérieuses de perforation selon Duval, Roux et Moutier. « Cette perforation se diagnostique à la soudaineté des accidents, à la violence de la douleur en un point limité

de l'abdomen, au développement presque immédiat d'une péritonite qui offre des symptômes d'une extrême gravité et ne tarde pas à se généraliser » énonce Bucquoy.

Cette perforation se caractérise par une douleur brutale et excessivement violente, siégeant à l'hypocondre droit irradiant peu à peu à tout l'abdomen avec une contracture de plus en plus marquée de toute la paroi abdominale.

Les autres signes fonctionnels ont peu de valeur : vomissements inconstants, altération de l'état général, shock, hyperesthésie cutanée. A la percussion, on trouve une sonorité hépatique (seulement dans 60 % des cas), une matité dans les flancs et dans la partie inférieure de l'abdomen.

A la radio faite d'urgence on peut trouver une image gazeuse anormale sous la coupole diaphragmatique formant le « croissant clair sus-hépatique » (Mondor). L'évolution se fait vers la péritonite aiguë généralisée avec parfois une phase intercalaire de rémission. La péritonite est réalisée au bout de 6 à 20 h. et la phase chirurgicale est passée. Si on n'a pas opéré à temps on note des vomissements, arrêt des matières et des gaz, la température est à 38°5-39°, le pouls s'accélère à 120-140, le ventre est ballonné, la mort survient en 24 à 48 h. dans un état de collapsus hypothermique, la conscience étant entièrement conservée.

VI

PATHOGÉNIE

Cette pathogénie étant à l'heure actuelle encore extrêmement obscure, nous nous contenterons de citer brièvement les grandes théories en renvoyant pour les détails aux ouvrages spécialisés.

Pour Gatelier, « l'ulcus est la traduction plus ou moins tardive d'une maladie des tissus résultant elle-même de troubles fonctionnels, de perturbations métaboliques dont les stades initiaux et les causes profondes nous échappent encore ».

L'ulcère prédomine nettement chez le sexe masculin et dans l'âge adulte entre 20 et 40 ans, la trentaine étant la période élective d'apparition de l'ulcère. Cependant, aujourd'hui, on connaît un certain nombre de cas chez l'enfant entre 10 et 15 ans et chez le vieillard. Soloz, Cramer et Moppert ont pu dresser une statistique de ces cas au XVI^e Congrès de Médecine en 1922.

Par ailleurs, il semble que l'ulcère soit plus fréquent chez les peuples civilisés que chez les primitifs, et parmi les peuples civilisés, le Nord et l'Est de l'Europe seraient plus atteints que le Sud.

D'après les expériences de Mann (dérivation des sucs bilio-pancréatiques), il semble prouver que l'ulcère est lié à un trouble grave du chimisme intestinal. En 1932, Gatelier et Aron constataient que ce trouble portait essentiellement sur les protides qui n'atteignent plus le stade d'acides aminés. Par injection d'histidine, Gatelier est arrivé à empêcher la formation expérimentale d'ulcères. Entrée dans la thérapeutique humaine, l'histidine diminue les douleurs et augmente les périodes de rémission. Enfin, l'ulcère serait une lésion des muqueuses de sécrétion alcaline, et pour qu'il y ait ulcère, il faudrait la présence du suc gastrique acido-peptique par hypersécrétion, hyperacidité ou stase.

Voilà quelles sont, en bref, les données pathogéniques sur l'ulcère, mais trop de faits sont encore inconnus en ce moment pour qu'on puisse avoir une idée claire de cette pathogénie qui du reste ne concernait pas spécialement l'ulcère du duodénum.

VII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Etude macroscopique. — D'après Moynihan, on voit soit une tache claire, cicatrice blanche, de forme arrondie, soit une zone piquetée rouge.

Les bords sont surélevés, tantôt taillés à pic, tantôt vallonés. Le fond est lisse et inégal.

Etude microscopique. — On note des lésions banales d'inflammation, une abondante infiltration interstitielle.

Les tuniques des petits vaisseaux sont épaissies.

VIII

DIAGNOSTIC

Nous avons déjà vu dans la clinique les nombreux diagnostics que cette question soulevait.

Du point de vue clinique, dans les formes typiques, le diagnostic différentiel ne peut se poser qu'avec les autres ulcères et nous avons vu comment on pouvait s'appuyer sur l'horaire des douleurs et surtout sur leur siège, leurs irradiations et sur l'élévation de la chlorhydrie, et quelques petits signes comme le subictère, la polyglobulie pour envisager un ulcère du duodénum, le siège exact ne pouvant être affirmé que par la radiographie.

Dans les formes camouflées et notamment pseudo-vésiculaire, un signe extrêmement important devra être recherché devant une douleur du carrefour sous-hépatique, c'est le signe de Murphy. Existant, il oriente vers la cholécystite, non retrouvé, on pourra se diriger vers un ulcère du duodénum. L'action des opiacés serait plutôt en faveur d'une cholécystite. Ces quelques signes joints au Weber souvent positif vont permettre de rechercher un ulcère du duodénum à l'examen radiographique.

A ce point de vue, quelques diagnostics radiologiques doivent être éliminés.

La niche du 2^e duodénum doit être distinguée de l'image d'un petit diverticule ou de celle que donne l'ampoule de Vater.

L'image d'un diverticule de la taille d'une niche ne peut se distinguer que par la visibilité des plis et du pédoncule qui relie l'image diverticulaire au duodénum, ceux-ci ne pouvant exister sur le pédoncule d'un ulcère creusé dans la paroi. Lorsque l'image apparaît de face, le doute cesse, la place des petits diverticules étant pratiquement toujours sur le rebord interne du duodénum.

Quant à l'ampoule de Vater, elle a une image très spéciale en bouton de chemise, à fond bifide, contractile, coexistant avec l'intégrité du calibre duodénal dans la région suspecte.

IX

TRAITEMENT

C'est le traitement habituel à tous les ulcères, bien que les chances de guérison par le traitement médical soient assez restreintes ; en effet, outre que l'on n'est jamais sûr de la guérison, la maladie évoluant d'une manière cyclique avec des rémissions prolongées et complètes, le plâtrage qui est une des meilleures indications de l'ulcère gastrique est souvent ici assez inopérant, le brassage dans le duodénum étant en général assez rapide pour que les emplâtres ne puissent agir.

On luttera contre le spasme par la teinture de belladone, VI à XXX gouttes avant chaque repas, par doses progressives ; certains malades acceptant mal la belladone, on la prescrira associée à la teinture de jusquiame, ou encore on la remplacera par l'atropine, son alcaloïde ou la génatropine.

On peut employer aussi comme antispasmodique l'huile d'olive très pure, le chlorhydrate de papavérine, la ciguë.

Dans certains cas les extraits parathyroïdiens, la

pepsine, l'insuline pourront donner des résultats.

Il faudra recourir aussi aux injections sous-cutanées d'histidine, de tryptophane qui ont semblé parfois donner d'excellents résultats.

Enfin, un régime strict bien souvent diminue les douleurs : en pleine crise ne donner que des œufs crus ou peu cuits s'il n'y a pas d'atteinte concomitante de la vésicule, du lait pur, du beurre frais, des potages maigres ou au tapioca. de la crème fraîche, des bouillies de farine maltées ; plus tard des pommes de terre en purée, de la poudre de viande, du flan, de l'huile d'olive.

Puis rapidement on pourra donner du poisson frais, des gelées de volailles, du jambon.

Les fritures, les graisses cuites, les condiments sont interdits durant toute la crise. Le pain sera donné seulement lorsque la guérison clinique commence à s'affirmer.

Quant aux régimes spéciaux (Lenhartz, Senator, Sippy, Coleman, Smithies) on consultera les livres spécialisés dans cette partie.

CONCLUSIONS

1° L'ulcère de la 2^e portion du duodénum semble être une localisation rare de l'ulcus.

2° Sa physionomie clinique ne permet pas de l'individualiser à coup sûr.

3° Sa périodicité est celle de l'ulcère, l'ensemble symptomatique qu'il fournit ne permet pas de le distinguer par la clinique seule des ulcères du bulbe.

Dans les 2 localisations l'ulcère se manifeste par des symptômes d'atteintes du carrefour sous-hépatique, et dans certains cas, plus rares, il est vrai, l'ulcus de la 2^e portion peut avoir un retentissement pylorique.

4° Seul l'examen radiologique, qui devra souvent être répété lorsqu'il est négatif, permettra de mettre en évidence la localisation à la 2^e portion du duodénum.

5° Dans les 2 cas on pourra instituer un traitement médical tout d'abord, qui pourra amener un soulage-

ment et un espacement des périodes, mais l'ulcère de la 2^e portion peut s'y montrer plus réfractaire.

6^o Dès que des hémorragies se sont manifestées et dans tous les cas où le traitement médical paraît insuffisant ou encore après une évolution déjà longue, il faut recourir au traitement chirurgical.

Vu : le Président de la thèse,

M. LOEPER.

Vu : Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

YB 1881 1111

Bibliographie

- ALLONCLE. — De l'ulcère perforant du duodénum. Thèse médicale. Paris, 1883.
- AMELINE et JONCKÈRE. — Les ulcères simples gastro-duodéno-jéjuno-expérimentaux. *Journal de Chirurgie*, 1930.
- ANTOINE. — Etude clinique et radiologique de l'ulcère simple du duodénum. *Gazette des Hôpitaux*, n° 23, 1921.
- ARCY POWER. — Signe, traitement de l'ulcère non malin du duodénum. XV^e Congrès internat. de Médecine.
- ARON (E.). — Recherches sur l'ulcère expérimental et sur le rôle des acides aminés dans son évolution. Thèse de Strasbourg, 1933.
- ARRIZABALAGA. — Sténose du duodénum. *Annales de la Facultad de Med. de Montevideo*, janvier 1926.
- AUSTIN. — Ulcère du duodénum. *Medical records*, avril 1910.
- BAJAT. — Contribution à l'étude de la douleur dans l'ulcère duodénal. Thèse de Lyon, 1922-23.
- BERNARD. — Complications de l'ulcère du duodénum. *Gazette des Hôpitaux*, 1897.
- BICKEL. — Formes ictériques de l'ulcère du duodénum. *Archives des maladies de l'appar. digest.*, nov. 1923.

BIGNANI. — Sur l'ulcère extra-bulbaire du duodénum. *Arch. appar. digest.*, 1933.

— Nouvelles observations sur l'ulcère extra-bulbaire. *Archives des maladies de l'app. digest.*, 1938.

BLOCH, BRONSTEIN et SERBY. — Les ulcères gastro-duodénaux chez l'enfant. *Journ. of Americ. med. associat.*, 18 juin 1932.

BOAS. — Voies normales et erreurs dans le traitement de l'ulcus. *Arch. Verd. Krankh.*, mai 1938.

BUCQUOY. — Etude sur l'ulcère du duodénum. *Archives générales de la Médecine*, 1887.

CADE et PARTURIER. — Les points douloureux de la base du cou et leur valeur séméiologique. *Revue de Médecine*, 1919-20.

CAILLÉ. — Thèse de Paris, 1913.

CHERIGIÉ. — Ulcère du duodénum. *Arch. app. digest.*, mai 1936.

CODMAN. — Le diagnostic d'ulcère du duodénum. *Massachusetts Med. Soc.*, 15 juin 1909.

COLE. — Diagnostic de l'ulcère du duodénum par la radiographie en série. Congrès internat. Médec. Londres, 1913.

COLIN. — Thèse Paris, 1884.

COTTENOT, LÉVY et CHERIGIÉ. — Le duodénum (Atlas radiologique).

DELAGÉNIÈRE. — Sur l'ulcus duodénal. Société de Chirurgie, 9 nov. 1910.

DELORE. — Ulcère duodénal, sténose intestinale. *Lyon médic.*, 1905.

DELORE et GIRARDIER (DE). — Hémorragies gastro-duo-

dénales d'origine ulcéreuse. *Presse médicale*,
29 août 1928.

DUVAL, ROUX, BÉCLÈRE. — Etudes médico-radio-chirurgi-
cales sur le duodénum, 1924.

DUVERNAY. — L'ictère dans l'ulcère duodénal. Thèse de
Lille, 1929.

ENRIQUEZ et GASTON-DURAND. — Elément de diagnostic
entre ulcère de l'estomac et ulcère du duodénum.
XVI^e Congrès de la Médecine, 1922.

FRIEDMAN. — Valeur de la polycythémie. *Medical Record*,
16 mai 1914.

FERRAND. — Les ulcères du duodénum. *Gazette des Hôpi-
taux*, 84^e année.

GALLARD-MONES. — Ulcère duodénal de forme ictérique.
I^{er} Congrès Pathol. digestive. Valence, 1931.

— Id. *Arch. app. digestif*, 1933.

GANDY. — Thèse de Paris, 1934.

GAULTIER. — Les maladies du duodénum et leur traite-
ment, 1910.

— Ulcère simple du duodénum. *Journal médic. franç.*

GARIN et BERNAY. — Trois cas de duodénum en M avec
ulcère duodénal loin du bulbe. *Arch. app. digest.*,
1937.

GOSSET. — La cholécystite et ses rapports avec l'ulcère du
duodénum. Société Chirurgie, 1912.

GUR. — Les hémorragies aiguës au cours des ulcères du
duodénum et de l'estomac. Thèse de Paris, 1921.

GUTMANN. — Ulcère du duodénum, 1931.

— Traitement médical des ulcères. *French medical
review N. Y.*, 1932.

GUTMAN. — Les critères de guérison des ulcères gastriques et duodénaux. *Presse médicale*, 1931.

— Sur certain début atypique d'apparence grave dans l'ulcère. *Arch. app. digest.*, 1937.

GUTMANN, LANEGRAVE-PARTURIER, DEMOLE. — A propos du traitement médical des ulcères. *Archiv. app. digestif*, 1932.

GUTMANN, LANNEGRACE, PARTURIER, PIQUET. — Sur l'évolution radiologique des ulcères gastriques et duodénaux. *Arch. app. digestif*, 1937.

GUTMANN, REKNIS, DASKALAKIS. — Critère d'efficacité dans le traitement médical des ulcères. *Arch. app. digest.*, 1936.

GUY. — Le sang rouge dans les ulcères du duodénum. Thèse de Paris, 1939.

HARTGLAS et GRENFELD. — Les perforations couvertes gastro-duodénales. *Presse médicale*, 29 mars 1933.

HOUDARD. — L'ulcère simple du duodénum, non perforé. Thèse médic. Paris, 1913.

HURST. — L'ulcère gastrique et duodénal. Etude historique. *Arch. app. digest.*, juillet 1926.

JAISSON. — Etudes radiologiques de l'ulcère du duodénum. *Revue médicale de l'Est*, avril 1920.

JACQUELIN et CHÊNE. — Difficulté et incertitude du diagnostic d'ulcère duodénal. *Presse médicale*, 18 mars 1933.

JONAS. — A propos d'ulcère duodénal. *Scalpel*, 1921, n° 41.

JUILLARD. — Contribution à l'étude des complications pancréatiques de l'ulcus duodénal. Thèse Paris, 1909.

KLIPPEL et CHABROL. — Complications pancréatiques de l'ulcère du duodénum. Société Chirurgie, 1912.

- LECLERC. — Ulcus duodénal et appendicite chronique. Thèse Paris, 1916.
- LEJARS. — Les fausses lithiases biliaires. *Semaine médicale*, 26 nov. 1913.
- LOEPER et MARCHAL. — Pneumogastrique et ulcère de l'estomac. *Presse médicale*, 6 janv. 1926.
- LOSSEUR et SCHNEIDER. — Contribution à l'étude de l'ulcère duodénal profond. *Arch. Klin. Chir.*, volume CXXXVII.
- LUNA. — Quatre cas d'ulcères duodénaux de la 2^e portion. Congrès Médecine, 1922.
- MARTIN. — Contribution à l'étude clinique de l'ulcère duodénal. Thèse de Lyon, 1913.
- MATHIEU. — Contribution à l'étude de l'ulcus duodénal vrai. Société médic. des Hôp., 3^e série, XXX.
- Pathologie gastro-intestinale, 1920.
 - Ulcus duodénal. *Gazette des Hôpitaux*, avril 1914.
 - Ulcus chez les gens âgés. *Gazette des Hôpitaux*, 1914, n^o 21.
 - Ulcus chez les femmes. *Gazette des Hôpitaux*, 1914, n^o 14.
- MAYO. — Congrès intern. de Chirurgie. N.-Y., avril 1914.
- MENEGAUX. — Perforation d'ulcères gastriques et duodénaux. *Progrès médical*, 7 déc. 1926.
- MICLOT. — La place de la gastrectomie dans le traitement des ulcères hémorragiques graves loin situés sur le duodénum. Thèse de Lyon, 1938-39.
- MINTZ. — Mécanisme du syndrome de l'ulcère du duodénum. *Arch. app. dig.*, 1929.
- MOPPERT. — Résultats du traitement chirurgical des ulcè-

res de l'estomac et du duodénum. *Gazette des Hôpitaux*, 23 sept. 1922.

MOSQUERA. — El concepto moderno de la ulcera del duodeno.

MOUTIER. — L'évolution de l'ulcère gastro-duodénal d'après 628 cas personnels. Société de Gastro-entérologie, février 1932.

— Les énigmes de l'ulcère gastro-duodénal. *Revue médicale franç.*

MOYNIHAN. — Duodenal ulcer, 1900.

— Deux leçons sur l'ulcère gastrique et duodénal, 1924.

NIDERGANG. — Essai sur l'ulcère simple du duodénum. Thèse de Paris, 1881.

ÖETTINGER. — Société médicale des Hôpitaux, 1911.

PARTURIER et AYMARD. — Ulcères de la 2^e portion du duodénum. Société médicale des Hôpitaux, déc. 1920.

PARTURIER et VASELLE. — Ulcère duodénal vrai non compliqué. *Progrès médical*, n° 43, 1921.

PETERS. — Diagnostic de l'ulcère du duodénum. *Arch. app. digestif*, 1934.

RENAUDIN. — Perforation brusque du duodénum. Thèse de Paris, 1907-08.

RICARD et PAUCHET. — Congrès de Chirurgie, 1910.

ROJON. — Du traitement de l'ulcère duodénal. Thèse de Montpellier, 1938.

ROUX. — Les résultats éloignés du traitement médico-chirurgical des ulcérations du duodénum. Société de Gastro-entérologie, 13 juin 1932.

SALUZ, CRAMER, MOPPERT. — Élément de diagnostic des ulcères de l'estomac et du duodénum. Congrès de Médecine, 1922.

- SHONS. — La position horizontale pour la démonstration du cratère de l'ulcère duodénal. *Arch. app. digestif*, 1938.
- SOLE, SORRONELO et MOSTO. — L'ulcère de l'estomac et du duodénum. Buenos-Ayres, 1931.
- STOLZ et WEISS. — Traitement des ulcères par l'histidine. Société nation. de Chirurgie, 13 févr. 1935.
- STURLEVENT et SCHIAPIRO. — Statistique sur les ulcères. *Arch. off. intern. médic.*, juillet 1926.
- TIPREZ et WAREMBOURG. — L'ictère dans l'ulcère duodénal. Société médec. du Nord, janv. 1929.
- VIVIANI. — Nouvelle contribution à l'ulcus extra-bulbaire. *Appar. digestif*, 1933.
- L'ulcère extra-bulbaire. *Radiologia medica*, 1930.
- WADDER (DE). — Stase duodénale. Thèse de Paris, 1927.
- WILMS. — Symptôme et traitement de l'ulcère duodénal. *Munich ch. Med. Woch.*, 1918.
- WOLKE. — Sur les ulcères de la portion descendante du duodénum. *Acta radiologica*, 31 août 1936 ; *Arch. app. digestif*, 1937.
-

